

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

550

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre COUTURIER

Né le 26 Juin 1911, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Les Rétrécissements Anibiens du Rectum
depuis la Réaction de Frei

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1940

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre COUTURIER

Né le 26 Juin 1911, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Les Rétrécissements Amibiens du Rectum
depuis la Réaction de Frei

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

Le Doyen..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	PIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIÉ.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DÉSOLLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
M ^{lle} J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIÂN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE	} Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	} Clinique Obstétricale.
MOURE	
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse. En témoignage de
notre respectueuse gratitude.*

A M. LE DOCTEUR TOURAINE
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage d'admiration respectueuse
et de reconnaissance pour la bienveil-
lance qu'il nous a témoignée.*

INTRODUCTION

« On sait la désespérante ténacité des rétrécissements du rectum et l'inefficacité si fréquente de toute la thérapeutique curatrice. Et si de temps à autre, on peut suspecter et prouver l'origine amibienne de certaines de ces sténoses, n'est-ce pas offrir à ces malades une chance inespérée de guérison ? », — (RACHET.)

Nous devons une grande reconnaissance à M. le Docteur Touraine, pour le sujet de thèse qu'il nous a proposé lorsqu'il nous accueillit dans son service en Juillet 1939. Les rétrécissements amibiens du rectum offraient à notre étude une affection rare, et cependant d'intérêt nullement négligeable : cet intérêt est d'abord d'ordre diagnostique : à une époque où la lymphogranulomatose est à juste titre reconnue responsable de la plupart des sténoses rectales, les étiologies plus rares, souvent invoquées autrefois sans preuves suffisantes, prennent, par les moyens de diagnostic actuel, un regain d'intérêt. Il en est ainsi de l'amibiase : ce diagnostic porté plus rarement encore qu'autrefois, le sera de façon plus objective : il est ainsi utile, après avoir donné à la lymphogranulomatose toute son importance, d'authentifier et dénombrer les faits cliniques qui ne lui appartiennent pas.

Parmi ces diagnostics d'exception, l'amibiase a une place très modeste. Elle n'est cependant pas négligeable puisqu'il s'y ajoute un intérêt thérapeutique.

Or, c'est là l'intérêt véritable de cette affection rare : alors que le traitement des rétrécissements lymphogranulomateux est absolument décevant, la thérapeutique spécifique appliquée précocement aux sténoses amibiennes apporte d'emblée une amélioration encourageante. Et si l'on a égard à la gravité générale du syndrome de sténose rectale, la possibilité d'y apporter un remède réel ne saurait être négligée : le rétrécissement amibien est pratiquement le seul qui soit accessible à une thérapeutique spécifique.

L'utilité de connaître l'amibiase rectale sténosante est donc certaine. Etude bien circonscrite, étude utile à la thérapeutique : autant de raisons qui imposeraient un travail approfondi et complet. Les circonstances générales, les conditions matérielles dans lesquelles nous avons vécu ces derniers mois, ne nous ont pas permis de réaliser ce but.

Nous nous en excusons auprès de M. le Docteur Touraine qui eût été en droit d'exiger de nous un bien meilleur travail (ce qui eût été réalisé si nous n'avions été séparé de lui et privé de ses conseils). Nous nous en excusons auprès de nos juges.

Aux Armées, le 1940.

HISTORIQUE

Le rétrécissement du rectum est une complication rare de cette affection fréquente qu'est l'amibiase. Cette notion de rareté reste capitale, soit que l'on envisage l'apparition exceptionnelle d'une sténose au cours de l'amibiase suivie ou reconnue tardivement, soit que l'on recherche l'étiologie amibienne à l'examen des rétrécissements du rectum.

Toujours l'amibiase a été considérée comme une cause mineure de sténose rectale ; toutefois, les opinions sur le degré de cette rareté et les moyens de faire à cette étiologie sa vraie place ont varié, comme a varié la question entière des rétrécissements du rectum.

Grossièrement on peut dire que toute la question des sténoses rectales a été complètement renouvelée depuis 1928, époque à laquelle les travaux de Gersild et de Frei permirent de rapporter à la Maladie de Nicolas Favre l'immense majorité des rétrécissements rectaux.

Aussi, doit-on envisager les opinions relatives à l'importance de la dysenterie avant et après 1928.

LE RÉTRÉCISSEMENT AMIBIEN AVANT GERSILD

Certains auteurs nient son existence : c'est ainsi que l'Américain Woodwarth se base sur son expérience de l'amibiase pendant la guerre de Sécession pour affirmer n'avoir trouvé trace d'aucune sténose pendant toute cette période où la dysenterie amibienne pullulait. La plupart des auteurs, cependant, soutenaient l'existence de très rares rétrécissements amibiens : tels Quénu et Hartmann, qui en rapportent une observation dans leur *Traité des Maladies de l'Intestin et du Rectum*.

Mais ils admettent des causes infiniment plus fréquentes que ce diagnostic d'exception : c'est ainsi que la syphilis a longtemps été au premier plan, à la suite de la description du *Syphilôme ano-rectal et du rétrécissement rectal syphilitique*, par Fournier, dans ses leçons sur la syphilis tertiaire (1875).

Ensuite venait la tuberculose, dont la fréquence a été diversement interprétée, la blennorragie, la chancrelle.

Plus récemment encore, alors que les moyens d'investigation se perfectionnaient (recherche des amibes vivantes et des kystes, exploration directe par rectoscopie), on faisait le diagnostic de rétrécissement amibien sur la coexistence d'une dysenterie et d'une sténose. Or, ce rapprochement qui nous paraît aujourd'hui une affirmation trop hâtive n'apportait cependant qu'un petit nombre d'observa-

tions : Guisoni, dans sa thèse de 1928 écrite juste avant la découverte de Gersild, et la technique de Frei, n'en rapporte que trois observations. Bensau-de, lui-même, dans le Traité de Médecine de Ser-gent, affirme n'en avoir retrouvé dans la littérature que neuf cas.

LE RÉTRÉCISSEMENT AMIBIEN DEPUIS GERSILD ET FREI

Or, en 1928, la découverte de la Maladie de Ni-colas Favre rectale, qui révolutionna toutes les idées admises sur l'étiologie des rétrécissements rectaux, permettait de jeter un doute sur toutes les observa-tions recueillies auparavant puisqu'elles négligeaient une étiologie encore inconnue, mais de fréquence extrême.

En effet, si la lymphogranulomatose inguinale bénigne était bien connue depuis 1913, individua-lisée par les médecins lyonnais Nicolas et Favre, c'est seulement en 1928 que Gersild, de Copenha-gue, y rattacha les manifestations de rectite prolifé-rante et sténosante, en montrant leur fréquence. A ces rectites appartiennent bien des rétrécissements attribués auparavant à d'autres étiologies ; et la dé-couverte de la réaction de Frei dont la spécificité bien établie permit de faire la preuve de l'étiologie lymphogranulomateuse. Si, depuis ces travaux, il semble raisonnable d'attribuer à la Maladie de Ni-

colas Favre nombre de rétrécissements rapportés auparavant à la syphilis, ou encore la chancrelle et la blennorrhagie, à plus forte raison devra-t-on être circonspect pour les observations anciennes d'amibiases insuffisamment étayées, et pour les observations nouvelles exiger une réaction de Frei avant toute conclusion.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Actuellement tout rétrécissement rectal, même accompagné d'arguments étiologiques différents, est suspect d'être lymphogranulomateux, puisque la rectite de Nicolas Favre est essentiellement sténosante. C'est dire que toutes les observations qui ne font pas mention d'un Frei négatif sont incomplètes, et ne permettent pas de conclure, même si les antécédents amibiens sont avérés. Car un passé d'amibiase, comme un passé de syphilis, sont des anamnèses banales si l'on a égard à la rareté des syphilis à localisation rectale sténosante, et à l'extrême rareté de l'amibiase ainsi compliquée. Par contre, un Frei positif impose l'étiologie lymphogranulomateuse à une rectite sténosante puisque c'est l'expression même du syndrome génito-rectal de Gersild.

Ainsi, la plupart des observations anciennes antérieures à 1928 ont perdu actuellement pour nous leur valeur. Nous soulignerons cependant des observations du service du Docteur Cain réunies dans la thèse de Guisoni : serrant de près les antécédents, décrivant très exactement les lésions, éliminant la sodomie, faisant état du traitement d'épreuve dont nous verrons toute la valeur, ces observations ont toutes les chances de concerner des sténoses ami-

biennes, d'autant que deux d'entre elles apportent la preuve d'une infestation précisément évolutive, par la présence de formes végétatives du parasite.

Mais il ne faut pas compter sur cet argument dont la valeur est évidente, car on sait, et nous reverrons plus loin, l'extrême difficulté de la recherche des amibes, et lorsqu'on recherche sur un rétrécissement ancien non évolutif, cicatriciel, il est souvent illusoire d'espérer les trouver.

Les observations publiées en 1928, depuis la pratique de l'intra-dermo-réaction de Frei n'échappent pas à cette critique, et pas plus que les précédentes, n'apportent la preuve cruciale de l'origine amibienne d'un rétrécissement. Aujourd'hui comme hier, la sténose amibienne est, du fait de sa rareté, du fait également de la plus grande facilité à prouver d'autres étiologies plus fréquentes, un diagnostic d'élimination.

Par contre, depuis 1928, ce travail d'élimination incomplet jusque-là, a fait un pas considérable en faisant état de la réaction de Frei ; c'est-à-dire prouvant, lorsqu'elle est négative, que la lymphogranulomatose n'est pas en cause. Et nous verrons que, correctement pratiquée et interprétée, cette épreuve biologique, contrairement à beaucoup d'autres, a une réelle valeur d'élimination lorsqu'elle est négative.

Notre travail a donc consisté à réunir les observations de sténoses amibiennes parues depuis qu'on

pratique couramment la réaction de Frei et à n'admettre que les cas à Frei négatif. Travail facile, puisque six observations seulement ont pu être retenues, auxquelles nous ajoutons une septième, obligeamment confiée par M. le Docteur Touraine. Cette dernière pose des problèmes qui nous ont paru mériter attention.

Sept observations sont une base bien fragile pour tracer un tableau clinique d'une affection si rare. Cependant, elles ont le mérite d'être dégagées de la suspicion de la lymphogranulomatose, ce à quoi ne pouvaient prétendre les observations antérieures. Nous essaierons donc, en confrontant ces quelques aspects cliniques, d'en tirer sinon une description présomptueuse, au moins des indications séméiologiques qui serviront de cadres d'attente.

OBSERVATION I

Docteur Rachet : In Paris Médical, 6 Avril 1929, p. 341. *A propos de quelques formes anormales d'amibiase intestinale.*

« M. D..., âgé de quarante ans, vient nous consulter pour une rectite chronique remontant à trois ans, accompagnée d'un rétrécissement serré du rectum n'admettant qu'à peine une bougie n° 14.

« Les accidents ont débuté, il y a trois ans,

par un syndrome dysentérique typique avec selles hémorragico-purulentes, afécales, sans aucune élévation thermique et sans modification notable de l'état général. La constipation, toujours marquée, s'accompagne de douleurs coliques paroxystiques, avec endolorissement permanent de tout l'abdomen. Aucun examen rectoscopique ou coprologique n'est pratiqué et on conseille un traitement par la haute fréquence. En pratiquant l'introduction d'une première bougie, on s'aperçoit à ce moment que le malade est porteur d'un rétrécissement assez serré du rectum. Le syndrome dysentérique s'atténue spontanément, mais il persiste une constipation opiniâtre avec matières rubanées, des douleurs abdominales fréquentes et des émissions hémorragico-purulentes constantes par l'anus.

« Pendant deux années, ce malade est traité par les divers antiseptiques, subit une dilatation anale sous anesthésie, est opéré pour l'ablation d'un condylome et enfin traité par la diathermie selon la méthode de Bensaude et Marchand. C'est à ce moment que notre ami Marchand, frappé par l'amélioration du rétrécissement à la suite du traitement diathermique, mais aussi par la persistance d'une rectite intense, nous demande d'examiner ce malade.

« Le toucher et l'examen rectoscopiques nous montrent la présence d'un rétrécissement, admettant difficilement l'index, situé à 6 centimètres de l'anus, à bords indurés et inextensibles, et l'existence d'une rectite proliférante intense : la muqueu-

se, saignant au moindre contact du rectoscope, est recouverte d'enduits pseudo-membraneux étendus.

« Frappés par l'histoire dysentérique du début, nous apprenons, par l'interrogatoire, que ce malade a autrefois séjourné au Brésil, qu'il y a présenté à plusieurs reprises des épisodes dysentériques subaigus, sans que jamais on ait pratiqué un examen parasitaire de ses selles, ni qu'on ait institué un traitement antiamibien. Le Docteur Terrial, chef de laboratoire du Docteur Bensaude, pratique sur notre demande un examen parasitaire des selles et des prélèvements rectaux, et nous révèle la présence d'*Amœba dysenterica* en quantités considérables. Un traitement mixte émétinique et arsenical est alors institué et, en deux mois, nous voyons fondre sous nos yeux le rétrécissement rectal, et disparaître complètement tout écoulement. Les rectoscopies pratiquées par la suite nous ont montré une muqueuse recto-sigmoïdienne parfaitement saine, et ce malade, suivi depuis plus de trois ans, n'a plus jamais présenté d'accident dysentérique, ni de récédive de la sténose rectale.

« Un Frei, pratiqué ultérieurement par le Docteur Rachet, avec un antigène humain, s'est montré négatif. »

Cette observation que nous présentons la première pour respecter l'ordre chronologique (puisque

ce fut certainement le premier rétrécissement amibien (qui fut soumis à l'épreuve biologique de Frei), a peu de caractères communs avec les suivantes. Sa symptomatologie, tout à fait particulière, ne rentre dans aucun des cadres que les autres observations nous permettront d'esquisser plus loin. Ou, si l'on préfère, elle représente une forme très spéciale dont la symptomatologie se rapproche tout à fait de la lymphogranulomatose. En effet, la *rectite proliférante intense*, que nous ne retrouverons plus dans les observations suivantes, les condylomes, les fistules, sont des aspects absolument caractéristiques de la Maladie de Nicolas Favre.

Et cependant, il s'agit bien d'une amibiase :

— un argument négatif : le Frei pratiqué par le Docteur Rachet dans les mois suivants, fut absolument négatif, même en utilisant l'antigène humain qui, actuellement, est exigé pour garder à la réaction toute sa valeur ;

— plusieurs arguments positifs : 1) la découverte d'amibes végétatives par un parasitologue des plus autorisés, le Docteur Terrial ; 2) l'épreuve thérapeutique dont nous retrouverons dans les cas suivants toute la valeur. Ici son succès dépasse ce qu'on peut généralement espérer, puisque non seulement la rectite, mais encore le rétrécissement disparurent en deux mois par le traitement émétino-arsenical.

Cette sténose amibienne de physionomie clini-

que spéciale a également une évolution bien particulière : il semble que le syndrome dysentérique se soit installé trois ans avant l'examen rectoscopique qui fut fait par le Docteur Rachet. Or, de longs mois avant cet examen (donc rapidement après le début de la dysenterie) le malade présentait de la constipation, des selles rubannées, etc., tous signes qui firent constater un rétrécissement déjà installé. *Donc rétrécissement rapidement constitué au cours du syndrome dysentérique.*

OBSERVATION II

Nicolas, Lebœuf et Charpy : *Deux cas de rétrécissement du rectum avec réaction de Frei négative.* (Bulletin Société Dermatologie et Siphiligraphie, 16 Février 1932, p. 470).

Un seul cas est intéressant :

« Malade jeune qui avait présenté, trois ans auparavant, un syndrome de dysenterie amibienne diagnostiquée microscopiquement en Indochine, et qui depuis faisait des syndromes subocclusifs de plus en plus accentués, dont le dernier a nécessité une intervention chirurgicale avec établissement d'un anus iliaque.

« L'examen du rectum montre un rétrécisse-

ment très serré d'aspect cicatriciel, sans modifications de la muqueuse, et haut situé.

« La réaction de Frei était nettement négative. »

Cette observation appelle peu de commentaires particuliers : elle comporte tous les éléments nécessaires à un diagnostic ferme : une dysenterie amibienne contractée aux colonies et authentiquée au laboratoire — un Frei négatif. Deux choses à noter :

— un rétrécissement sans rectite, à l'état pur ; rétrécissement cicatriciel dont l'aspect n'avait sans aucun doute rien de caractéristique.

— l'observation ne mentionne pas la présence d'amibes lors de l'examen du rétrécissement.

Il n'est pas étonnant qu'elle n'aient pas été retrouvées à ce stade tardif de l'affection marqué par des poussées d'occlusions dues au rétrécissement, et non plus par des crises dysentériques : la dysenterie est éteinte, le rétrécissement demeure. L'étiologie, à défaut d'antécédents et du contrôle du début, n'aurait point été identifiée.

OBSERVATION III

Travassos : *Deux cas de rétrécissement du rectum à étiologie amibienne.* (Archives des Maladies de l'Appareil Digestif, 1937, pp. 1025-1033.)

« A. C. G..., 25 ans (féminin). Début, 5 ans avant l'admission — constipation progressive —

puis, selles sanguinolentes — émission parfois au début de la défécation, parfois après. Six mois après le début, apparition d'un écoulement rectal, progressivement très abondant. En même temps, douleurs abdominales et coliques, douleurs rectales à la défécation. Pas d'épisode dysentérique. Grand amaigrissement et grande faiblesse. N'a jamais quitté le Portugal.

« Examen : anémie intense. Température 39°, pouls petit à 120, écoulement abondant, purulent, hématique. T.R. : parois du rectum durcies : à 7 cm. rétrécissement qui n'admet que l'extrémité du doigt.

« Wassermann négatif ; il l'est de nouveau après les injections de bismuth.

« Frei négatif.

« Dmelcos et intra-dermo au sérum : négatifs.

« Après avoir relevé l'anémie par transfusion, on fait un anus iliaque gauche : la paroi supérieure de l'S iliaque est normale à la palpation, l'infiltration de la paroi de l'intestin ne commence que plus bas, près du rectum.

« Deux mois après traitement par Néo-Salvarsan. L'écoulement anal persiste.

« 17-9-36. On examine alors la malade (Travassos) pour la première fois.

« T.R. : parois durcies.

« Recto : rétrécissement à 7 cm. Muqueuse rectale décolorée avec nombreuses ulcérations superfici-

cielles à contours irréguliers et qui saignent facilement. Ulcérations plus nombreuses au niveau du rétrécissement à travers lequel il coule un exsudat purulent. Le rétrécissement une fois dilaté est imperméable au sigmoïdoscope. Ainsi il apparaît qu'au delà du rétrécissement et jusqu'à 20 cm. il existe encore de nombreuses ulcérations. L'exsudat gêne l'observation de la muqueuse. Prélèvement d'exsudat. Endoscopie à travers l'anūs artificiel sur un parcours de 10 cm. dans la direction du rectum : muqueuse normale. Au delà, aspect identique à celui du rectum. Examen de l'exsudat (coloration par l'hématoxyline au fer) : formes végétatives et kystes d'amœba. Caractères de mobilité, corps sidérophiles, érythrophagie pour les formes végétatives ; dimensions, nombre de noyaux des kystes : diagnostic d'entamaeba dysentœriæ.

« On institue le traitement par l'émétine.

« Après 0 gr. 95 de chlorhydrate d'émétine, amélioration, diminution de l'écoulement rectal, relèvement de l'anémie. On institue de plus le traitement local par l'yatrène 105 en lavement et par l'anūs iliaque.

« Le 20-1-1937, rectoscopie : amélioration, moins d'exsudation, muqueuse pâle ou recouverte d'un enduit blanchâtre. Rares petites ulcérations. Biopsie au bord d'une ulcération. Résultat : tissu de granulations, capillaires de néo-formation — plas-

mocytes. A la périphérie, dans l'exsudat, et à l'intérieur même de la pièce, éléments cellulaires particuliers de grand volume, arrondis, pourvus d'un seul noyau plus ou moins excentrique, à cytoplasme régulièrement alvéolaire — dans leur cytoplasme, corpuscules arrondis, fortement colorables par l'hématoxyline. Plusieurs éléments montrent dans leur cytoplasme d'autres corpuscules de dimensions variables, fortement colorés par l'éosine, érythrocytes à différents degrés de digestion. Ces caractères identifient ces éléments aux formes végétatives de l'*Entamoeba dysenteriae*. »

Il s'agit ici d'un rétrécissement sans syndrome dysentérique préalable, sans séjour du malade dans les pays chauds : rien ne faisait penser de prime abord à l'amibiase et c'est bien ici, par élimination, qu'on a été conduit au diagnostic, le Frei et les épreuves biologiques se rattachant aux autres étiologies habituelles étant restées négatives.

L'aspect de la sténose avait attiré l'attention. Nous retrouverons dans la plupart des autres observations les mots « pâleur de la muqueuse » ou « muqueuse décolorée » : cet aspect semble donc quelque chose de spécial aux rectites amibiennes chroniques. Ici existent de plus des ulcérations à contours irréguliers, mais superficielles.

Il faut noter encore l'étendue des lésions au delà du rectum, en amont : ce qui ne doit point étonner, puisque pour beaucoup d'auteurs (Cain), les repères des kystes dysentériques siègent plus haut,

dans des segments coliques inaccessibles au rectoscope.

Et cependant, cette observation est remarquable par la constatation d'amibes végétatives et de kystes non seulement dans l'exsudat du rectum, mais encore dans la biopsie faite au niveau de la sténose : ce qui semble contredire l'affirmation précédente. S'il est certain que les kystes amibiens sont habituellement absents des parois de cette région intestinale, on peut en tirer argument pour expliquer la rareté de la rectite chronique amibienne capable d'aboutir au rétrécissement. Il est d'autant plus intéressant d'avoir pu les mettre en évidence dans ces cas où cette rectite chronique existe, et où elle a abouti à une sténose. Si, de l'avis de tous les auteurs, le parasite n'édifie pas habituellement de lésions chroniques dans le rectum pour la raison bien simple qu'il n'y habite pas, il est d'autant plus instructif de l'avoir décelé dans l'un des cas rares où la lésion existe. Ces faits n'infirment pas la règle de fréquence énoncée plus haut.

— Dernier point : l'épreuve thérapeutique est nettement positive. L'émétine a agi sur l'écoulement et sur l'état général, mais l'auteur ne précise pas que le rétrécissement lui-même ait été modifié. C'est là un point sur lequel nous reviendrons.

OBSERVATION IV

Travassos : Deuxième observation de *Deux cas de rétrécissement du rectum et étiologie amibienne*. Archives des Maladies de l'Appareil Digestif, 1937, p. 1025-1033.

R. A..., femme, vingt-huit ans, observée pour la première fois le 16 Décembre 1936. Début il y a neuf ans, par de la constipation, qui n'a pas été précédée par des phénomènes dysentériques et qui s'est progressivement accentuée. Douleurs abdominales très fréquentes, quelquefois sous forme de coliques. Quelque temps après les premiers symptômes, il s'établit un écoulement anal qui a progressivement augmenté et qui est fréquemment sanguinolent. Un médecin diagnostique alors le rétrécissement du rectum. Un traitement anti-syphilitique intense par bismuth et novar est institué, accompagné de dilations diathermiques et lavements au bleu de méthylène.

« Rectoscopie : à 7 cm., rétrécissement infranchissable au sigmoïdoscope, muqueuse rectale pâle, ulcérations au niveau du rétrécissement à travers lequel coule un exsudat muco-sanguinolent.

« Un échantillon d'exsudat prélevé a montré : formes végétatives d'un amibe à l'examen à l'état frais. Dans les préparations colorées par l'hématoxy-

line ferrique et l'éosine, on observe quelques kystes ronds avec le maximum de trois ou quatre noyaux et quelques bâtonnets sidérophiles. En outre, on observe quelques formes végétatives avec des érythrocytes englobés. On peut conclure à amibe histolytique.

« Frei négatif.

« Dmelcos négatif.

« B.W. négatif.

« L'émétine (0,98 en tout) et la dilatation rectale ont amélioré la malade dans des proportions considérables. »

Le deuxième cas rapporté par Travassos est à peu près superposable au premier. Les mêmes commentaires lui sont applicables. Accessoirement on doit remarquer l'inefficacité des divers traitements appliqués, et tout spécialement de la dilatation, tant qu'elle n'a pas été associée au traitement étiologique.

OBSERVATION V

P. Hillemand, A. Bensaude et P. Bru : *Deux cas de rétrécissement du rectum au cours de dysenteries amibiennes graves. Le rétrécissement amibien du rectum.* S. M. H. P. (24 Mars 1939, p. 537.

« M. T..., quarante-huit ans, contracte, en 1911, à Saïgon, la dysenterie. A ce moment, il pré-

sente pour la première fois de nombreuses selles glaireuses. Aucun examen de selles n'est pratiqué.

« En 1915, à Toulon, le diagnostic de dysenterie amibienne est posé avec certitude à l'occasion d'un abcès du foie avec vomique.

« Au mois d'août 1915, il part pour les Dardanelles. Il présente à nouveau de nombreuses selles sanglantes, glaireuses, avec altération de l'état général qui lui vaut son rapatriement à Nice où il est soigné pour dysenterie amibienne jusqu'au mois de Novembre.

« En 1916, après huit mois de séjour sur la Côte d'Ivoire, il est de nouveau rapatrié et traité pour son amibiase.

« En 1917, nouvelle crise dysentérique avec 15 à 20 selles par jour, s'accompagnant de phénomènes douloureux abdominaux et rectaux et d'une altération de l'état général.

« Le malade est réformé définitivement pour dysenterie amibienne en décembre 1917.

« En 1918, il est soigné à plusieurs reprises : d'abord au Val-de-Grâce, puis à l'hôpital Cochin par des séries d'émétine, de novarsénobenzol ou par la pâte de Ravaut. Chaque cure apporte une légère amélioration. Pendant plusieurs années, il suit un traitement d'une façon presque ininterrompue, présentant alternativement des phases d'amélioration et des poussées dysentériques. Dans l'ensemble, l'amélioration de son état est cependant suffisante pour

permettre son intégration à l'Assistance publique comme infirmier.

« En 1921, nouvel abcès du foie avec vomique. En 1935, il est réformé par l'Assistance publique pour dysenterie amibienne.

« En 1937, au mois de décembre, après une nouvelle vomique, une radiographie des poumons met en évidence un abcès du poumon.

« Depuis son entrée à l'Assistance publique, en 1918, jusqu'au mois de décembre 1937, de nombreux examens de selles sont pratiqués, qui, toujours, se sont montrés positifs.

« Par ailleurs, ce malade, pensionné de guerre, a été examiné à maintes reprises au Centre de Réforme de Paris, et nous avons pu retrouver dans son dossier les résultats de toute une série de rectoscopies pratiquées de 1921 à 1933. Les comptes rendus signalaient l'existence d'ulcérations au niveau du rectum et du sigmoïde.

« L'un de nous a eu l'occasion de l'examiner à deux reprises, la première fois en 1933 : le rectoscope s'enfonçait facilement jusqu'à 20 centimètres, mais à partir de 6 centimètres il existait toute une série d'ulcérations.

« Le deuxième examen, pratiqué en 1938, montre, au toucher rectal, à bout de doigt, un rétrécissement assez souple. La muqueuse paraît normale : il n'y a pas de condylomes, ni d'anorectite végét-

tante. La rectoscopie met en évidence, à 7 centimètres, l'existence d'un rétrécissement assez serré, d'aspect cicatriciel, paraissant souple, présentant un orifice médian. Il n'existe aucun écoulement purulent. Au-dessous du rétrécissement, la muqueuse est normale.

« L'examen radiologique confirme l'existence d'une sténose s'étendant sur 2 à 3 centimètres, à bords réguliers. Au-dessus, à la jonction recto-sigmoïdienne, il existe une diminution de calibre marquée de l'intestin, qui peut être une nouvelle sténose. La muqueuse garde partout normalement le contact de la substance opaque.

« Par ailleurs, l'examen complet révèle une sensibilité diffuse de l'abdomen, un foie légèrement débordant, quelques râles à la base du poumon droit, séquellés de son abcès.

« Une formule leucocytaire montre : Polynucléaires neutrophiles, 80 % ; Polynucléaires éosinophiles, 2 % ; Moyens mononucléaires, 18.

« Le Bordet-Wassermann est négatif.

« L'urée sanguine est à 0,25.

« L'examen des selles est négatif, mais le malade vient de subir une cure d'émétine.

« Réaction de Frei négative à l'antigène de singe et à deux antigènes humains.

« Une intra-dermo-réaction au Dmelcos est négative. »

Cette observation est la plus démonstrative de toutes, puisqu'elle permet de suivre le malade tout au long de son amibiase et de voir sa rectite avant et après la constitution du rétrécissement.

L'amibiase est signée par de nombreux examens de selles et même encore par deux abcès amibiens métastatiques : foie et poumon.

L'évolution des lésions rectales est bien instructive : un premier examen montre la rectite ulcéreuse ; un deuxième examen montre le rétrécissement, mais la rectite ulcéreuse a disparu : pas d'ulcérations, pas d'écoulement ; *la muqueuse est normale* et le rétrécissement paraît cicatriciel.

Fait encore notable : alors que pendant toutes les périodes actives de l'amibiase, les amibes étaient habituellement trouvées dans les selles, on ne les retrouve plus lors de la constatation du rétrécissement. Nous avons déjà rencontré ce fait plus haut : rectum sec, sans ulcérations ni écoulement = amibes bien plus difficiles à mettre en évidence.

OBSERVATION VI

Hillemand, A. Bensaude et Bru. Deuxième observation de *Deux cas de rétrécissements du rectum au cours de dysenteries amibiennes graves. Le rétrécissement amibien du rectum*. S.M.H.P., 24 Mars 1939.

« M. B... est vu à l'hôpital Tenon en surexpertise par l'un de nous pour des séquelles de dysen-

terie amibienne contractée sur le front français en 1918. Il accuse 15 à 20 selles quotidiennes, liquides, et se plaint de quelques douleurs abdominales.

« A l'examen, rien de notable si ce n'est de l'hippocratisme des doigts, en dehors de toute lésion pulmonaire ou cardiaque, et un assez mauvais état général.

« Une rectoscopie montre, au-dessus d'un paquet hémorroïdaire marqué, une muqueuse congestionnée. A 7 centimètres au-dessus de l'anus, on découvre une ulcération présentant les dimensions d'une pièce de 50 centimes et située sur la paroi latérale gauche du rectum. Sur la paroi latérale droite, on note d'autres ulcérations de plus petites dimensions. En retirant le rectoscope, on remarque une diminution nette du calibre rectal.

« Il s'agit d'un rétrécissement lâche, présentant par endroits un aspect cicatriciel, en d'autres points, ulcératif.

« On ne note aucun écoulement purulent, ni condylome, ni anite végétante.

« Il n'y a pas de ganglions inguinaux.

« Un examen de sang montre une éosinophilie normale à 1 %.

« L'examen des selles met en évidence des amibes dysentériques.

« La réaction de Frei est négative avec antigène humain, ainsi qu'une intradermo-réaction au Dmelcos et une réaction de Wassermann. »

Ce rétrécissement, chez un dysentérique chronique, présente une association des deux tendances séméiologiques rencontrées jusqu'ici : aspect en partie cicatriciel, en partie ulcératif, suffisamment pour faciliter la constatation d'amibes.

OBSERVATION VII

Cette observation, due à l'obligeance de M. le Docteur Touraine, est encore inédite ; son intérêt débordant par certains traits les limites de ce travail, nous avons délibérément abrégé leur description.

« M. L..., 40 ans, manoeuvre, vient consulter en Mai 1939, en médecine, porteur d'un anus iliaque pour rétrécissement rectal.

« On ne note aucun antécédent notable dans sa jeunesse jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, il s'engage pour trois ans dans la marine et séjourne en Russie et en Turquie.

« Pendant cette période, on ne note :

« — aucun accident vénérien,

« — pas d'habitudes sodomiques.

« Il ne semble pas y avoir eu, non plus, d'épisode intestinal aigu marqué.

« Un an après sa démobilisation, l'attention du

malade fut attirée par une lésion cutanée périnéale, érythémateuse, prurigineuse ; remarquable par sa ténacité puisqu'elle persista huit mois ; mais aucun médecin ne fut consulté à ce propos. — Après un an, retour de la même lésion, maintenant ulcérée, donnant cours à une sérosité très abondante : bientôt une ulcération s'étend des bourses au canal anal, creusante, suppurant abondamment.

« Parallèlement à cette atteinte cutanée, apparaissent des troubles rectaux : diarrhée (20 selles par jour) avec tenesme rebelle, défécation très pénible. Ces symptômes s'atténuent après un mois. De même, la lésion cutanée se cicatrise peu à peu, beaucoup plus lentement.

« A cette date, une rectoscopie n'aurait pas montré de rétrécissement.

« Un B.W. aurait de même été négatif.

« Jusqu'en 1930, le malade présente des épisodes de diarrhée avec tenesme très pénible. A cette date, il rentre en chirurgie pour une recrudescence de ses lésions cutanées périnéales. L'examen pratiqué à cette occasion montre alors un rétrécissement rectal pour lequel on pratique un anus iliaque gauche.

« Un peu plus tard, alors que les lésions périnéales étaient cicatrisées, on commençait la dilatation du rétrécissement. Cette dilatation était poursuivie encore, sans grand succès, lorsque le malade vient nous consulter.

« Il se plaignait alors de troubles intestinaux persistants avec diarrhée incessante par son anus

iliaque ; — d'écoulements, peu abondants d'ailleurs par le rectum. De plus, son état général était profondément atteint.

« A l'examen, on constate les deux faits dominants de l'anamnèse : la cicatrice de la lésion cutanée périnéale et le rétrécissement rectal. La cicatrice cutanée occupe la plus grande partie du périnée depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses : elle est blanche, dépigmentée, épaissie et plissée, comme une cicatrice de brûlure.

« Le rétrécissement rectal présente des caractères un peu particuliers : le calibre rectal apparaît au toucher diminué depuis l'anus, puisqu'il n'admet que le passage de l'auriculaire. Celui-ci est arrêté à bout de doigt par un diaphragme qui semble infranchissable.

« La rectoscopie montre cette diminution de la lumière rectale, en cône, le sommet du rétrécissement étant à environ six centimètres de l'anus, serré, mais admettant cependant le passage d'un petit tube de rectoscopie.

« La muqueuse rectale paraît pâle, sillonnée d'un réseau vasculaire très dense, contrastant par places avec l'aspect délavé du reste de la paroi.

« L'examen complet ne révèle rien de notable. Il n'existe aucun signe de syphilis : Pas d'habitudes sodomiques.

« B.W. négatif.

« Frei négatif.

« Intra-dermo-réaction au Dmelcos négative.

« Devant les résultats négatifs de ces examens, les antécédents de diarrhée chez un ancien colonial, on fait pratiquer une recherche parasitaire :

« — dans les selles émises par l'anūs iliaque,

« — dans l'écoulement rectal, après réactivation légère par ingestion de sulfate de soude.

« Les prélèvements pratiqués au laboratoire même avec les précautions habituelles n'ont pas révélé, d'amibes dysentériques, mais une grande quantité d'amibes non hématophages, sous leur forme végétative (*entamoeba nana* et *minuta*). Il existait aussi des kystes banaux d'*entamoeba coli*.

« L'ensemble de ces résultats, non concluants, mais favorables à la possibilité d'une amibiase, fit tenter un traitement d'épreuve.

« On commence par l'émétine : huit injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine à 0 gr. 04 par injection furent pratiquées, à raison de deux par semaine. On ne peut dépasser la dose totale de 0 gr. 32 à cause de l'état général du sujet, l'asthénie ayant progressé, accompagnée de quelques vertiges, de crampes dans les mollets.

« Au bout de peu de jours, les selles émises par l'anūs iliaque s'améliorent, le rythme des évacuations se ralentit, et surtout elles furent moulées, ce qui ne s'était pas produit depuis de longs mois. L'écoulement rectal fut presque tari.

« Une cure de stovarsol, à raison de deux com-

primés à 0 gr. 25 par jour fut ensuite instituée. L'amélioration si nette, amorcée par la cure d'émétine se maintint sans beaucoup progresser.

« La mobilisation de Septembre 1939 nous fit perdre de vue le malade et empêcha des investigations plus approfondies pour déceler l'amibiase. Elle interrompit aussi une épreuve thérapeutique qui s'annonçait très encourageante. »

Cette observation n'a point le mérite des précédentes qui apportent des faits indiscutables, une étiologie amibienne certaine. Mais elle est instructive cependant car apportant de gros arguments de probabilité, elle montre dans quelles conditions cliniques, après quelques éliminations diagnostiques, peut se poser la question de l'étiologie amibienne.

Nous mettrons à part les phénomènes cutanés de signification mal élucidée par l'interrogatoire, et cependant fort curieux dans leur évolution parallèle aux signes recto-intestinaux. Ces deux ordres de symptômes ont semblé pendant des années, avant que le malade ne se présente à nous, marcher de pair, peut-être liés à la même étiologie. Et lorsque les phénomènes rectaux nous font penser à l'amibiase, on serait tenté d'évoquer, pour les lésions de la peau, certains faits rares d'ordre cutané, relevant de la même étiologie. (Touraine et Duperrat, Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 8 Juin 1939).

Laissant de côté délibérément cet aspect de l'ob-

servation qui ne fait point partie de notre étude, nous soulignerons les autres points qui en font l'intérêt du point de vue de l'amibiase rectale.

Les arguments négatifs, les plus importants, ont eu le mérite d'orienter, par élimination, vers l'amibiase :

1) C'est d'abord l'absence de lymphogranulomatoase qui ressort.

— de l'aspect des lésions : pas d'adénopathies inguinales, pas de rectite proliférante, pas de condylômes, pas de fistules ;

— des antécédents : pas de sodomie (bien qu'une dénégalation n'ait pas de valeur absolue) ;

— et surtout de la réaction de Frei : sans doute, aussi, objectera-t-on que le test négatif pour une étiologie aussi fréquente dans le déterminisme des sténoses rectales, est un argument non absolu. Cependant, il semble à l'heure actuelle que le Frei, pratiqué plusieurs fois avec un bon antigène *humain*, garde, lorsqu'il est négatif, sa valeur d'élimination.

2) L'absence d'antécédents syphilitiques, de signes viscéraux, ainsi que la réaction de Bordet-Wassermann négative, sont également des faits importants.

3) Notons enfin les résultats négatifs de l'intra-dermo-réaction au Dmelcos.

RÉTRÉCISSEMENT AVEC ULCÉRATIONS ET VÉGÉTATIONS	RÉTRÉCISSEMENTS D'ASPECT CICA		
	OBSERVATION I (Rachet)	OBSERVATION V (Hillemand 1)	OBS. II (Nicolas, Lebœuf, Charpy)
	A 6 cm.	A 7 cm.	Haut situé
	Serré	serré	très serré
		aspect cicatriciel	aspect cicatriciel
	écoulement hé- morr. purulent	sec, pas d'écoulement	sec, pas d'écoulement
ulcérations (et p.m.)		pas d'ulcérations	pas d'ulcérations
rectite proliférante condylômes fistules		pas de rectite proliférante	pas de rectite proliférante
amibes dans les selles		pas d'amibes (actuellement)	pas d'amibes
traitement efficace sur rectite sur rétrécissement		?	?
Frei négatif		Frei négatif	Frei
I.D. au Dmelcos négative		I. D. au Dmelcos négative	?
B.W. négatif		B.W. négatif	?

RÉTRÉCISSEMENTS AVEC ULCÉRATIONS RECTALES

RÉTRÉCISSEMENT D'ASPECT INTERMÉDIAIRE

OBSERVATION VI
(Hillemand 2)

OBSERVATION III
(Travassos 1)

OBSERVATION IV
(Travassos 2)

A 7 cm.

A 7 cm.

A 7 cm.

lâche

serré

serré

aspect cicatriciel
partiellement

pas d'écoulement

écoulement
purulent

écoulement muco-
sanguinolent

ulcérat. discrètes

ulcérations

ulcérations

pas de rectite
proliférante

muqueuse pâle
pas de rectite
proliférante

muqueuse pâle
pas de rectite
proliférante

amibes
dans les selles

amibes et kystes
dans les selles et
par biopsie rectale

amibes
et kystes dans
les selles

p

traitement efficace
sur rectite
pas sur rétréciss^t

traitement efficace
sur rectite

Frei négatif

Frei négatif

Frei négatif

I.D. au Dmelcos
négative

I.D. au Dmelcos
négative

I.D. au Dmelcos
négative

B.W. négatif

B.W. négatif

B.W. négatif

Le plus grand intérêt de ces enquêtes négatives est évidemment d'avoir éliminé la Maladie de Nicolas Favre, et accessoirement la syphilis. Avant de classer cette recto-colite sténosante parmi les rétrécissements cryptogénétiques, on pensait aux étiologies rares : et en faveur de l'amibiase, l'observation offre un faisceau de présomptions nullement négligeable.

— Le séjour du malade en Turquie et en Russie septentrionale l'assimile aux « coloniaux » toujours suspects d'infestation par l'amibe dysentérique. Sans doute, il n'accuse pas d'épisode diarrhéique notable pendant ces séjours. Mais on sait qu'une dysenterie authentique peut s'installer par un petit épisode intestinal semblant banal, l'infestation pouvant même au début passer absolument inaperçue.

— Par contre, l'apparition des signes intestinaux dans les années suivantes avec diarrhée, épreintes et tenesme est déjà plus évocatrice. Bien plus, l'association d'un rétrécissement rectal à un syndrome de dysenterie chronique pose nettement la question de l'amibiase.

Cette association, qui aurait suffi, avant la pratique du Frei, à poser le diagnostic de rétrécissement amibien, ne prend actuellement toute sa valeur que par le résultat négatif de cette épreuve.

— De l'examen clinique du rétrécissement on ne peut guère, en dehors des signes négatifs cités

plus haut, tirer d'arguments positifs. Nous essaierons, cependant, par la confrontation des signes constatés dans les différentes observations, de donner l'aspect habituel du rétrécissement amibien.

— La rectoscopie pratiquée à Saint-Louis par le Docteur Chêne, n'a évidemment pas révélé la recto-colite ulcéreuse classique au cours d'une dysenterie en phase aiguë. Mais on a souligné la pâleur de la muqueuse, le réseau vasculaire qu'on rencontre fréquemment à la phase chronique.

— Enfin, la recherche des parasites dont on sait la difficulté n'a pu être positive : et l'on sait, combien, en cette matière, il faut être patient avant d'abandonner une recherche qui, infructueuse, n'autorise aucune conclusion !

Cependant, l'abondance des kystes d'entamoeba coli, la présence insolite d'amibes non hématophages, mieux identifiés dans leur morphologie que dans leur rôle, peut-être à la limite de la virulence, engageaient fortement à répéter une recherche qui eut été plus démonstrative. Malheureusement, les circonstances (Septembre 1939) ne permirent pas de reprendre cette étude.

— L'épreuve thérapeutique enfin, chez un malade qui n'avait jamais été traité, fut, bien qu'ébauchée, déjà concluante. C'est avec l'émétine, plutôt

que le stovarsol, qu'on obtint une amélioration des troubles fonctionnels : ce qui ne doit point étonner, puisque l'émétine est le seul véritable traitement d'attaque. Seule également, son action est démonstrative, puisque spécifique, alors que les arsenicaux améliorent des colites banales.

SÉMÉIOLOGIE DU RÉTRÉCISSEMENT AMIBIEN DU RECTUM

Pour étudier les aspects cliniques de la sténose rectale amibienne tels qu'ils se présentent en pratique, et leur restituer tout leur caractère de diagnostic d'exception, il faudrait, contrairement aux habitudes d'exposition classique, envisager d'abord les autres causes, plus fréquentes, de rétrécissement rectal. Il faudrait étudier longuement la Maladie de Nicolas Favre, puis ensuite la syphilis, accessoirement la tuberculose, la blennorrhagie, le chancre mou. Tous ces chapitres étant épuisés, nous dirions ensuite : par élimination, devant des antécédents suspects, on peut envisager enfin cette étiologie exceptionnelle qu'est l'amibiase.

Toutefois, gardant le plan d'exposition habituel, nous envisagerons plus loin le diagnostic différentiel, pour décrire d'abord tous les signes qui militent en faveur d'un rétrécissement amibien.

Nous ferons cependant une légère entorse à ce plan d'exposé : en effet, on ne peut pas actuellement décrire des signes que, plus ou moins témérairement, on juge être encore d'une amibiase sténosan-

te, sans avoir au préalable dit qu'il s'agit d'un malade à réaction de Frei négative. C'est qu'en effet, cette épreuve a fait faire à l'identification des rétrécissements rectaux un progrès énorme depuis une dizaine d'années. Elle permet à coup sûr de les classer : l'immense majorité dans le cadre d'une affection qu'on ne connaissait pas auparavant ; — la petite minorité représentant les étiologies connues antérieurement. C'est dans cette dernière classe que se place, avec un rang très modeste, l'amibiase rectale.

I. — LA RÉACTION DE FREI NÉGATIVE

La réaction de Frei négative représente donc un premier signe majeur des rétrécissements que nous étudions : Sa technique et son interprétation doivent être très précises. Ce point, le plus important, est bien d'utiliser l'antigène humain, préparé à partir de pus de ganglion non fistulisé, et tyndallisé, pour en atténuer la virulence, à l'exclusion de l'antigène simiesque (émulsion d'organe lymphogranulomateux, en général le cerveau).

Cet antigène devra avoir été éprouvé. Il sera de nouveau utilisé parallèlement sur des sujets sains. On utilisera d'ailleurs deux antigènes de source différente, conservés en ampoules individuelles à la glacière.

L'intradermoréaction sera faite à la face exter-

ne du bras selon la technique habituelle. On pratiquera en même temps une réaction témoin à l'Hémostyl. (Mais la possibilité de réaction protéinique est très diminuée du fait que l'antigène est une protéine humaine.)

La lecture du résultat doit être tardive, pratiquée à deux reprises : le 2^e ou 3^e jour où est constituée une papule rouge qui a du corps, et le 8^e jour, date à laquelle persiste encore l'induration. Ne jamais faire de lecture précoce après 24 heures.

On devra pratiquer des réactions de contrôle régulièrement répétées sur des malades et des témoins bien catalogués, car le pouvoir antigénique d'un pus est capable de chutes brusques. Les antigènes de sources différentes sont également justifiés parce que chez certains sujets l'importance de la réaction peut varier beaucoup suivant le réactogène.

Une autre cause d'erreur, qui ne se présente guère dans les cas de rétrécissement rectal, est la phase anté-allergique, ne donnant pas encore de réaction positive, et qui peut atteindre une durée de trois mois. Signalons enfin certains cas rares de réaction négative par anergie transitoire (due par exemple à une syphilis secondaire) et nous aurons envisagé toutes les causes d'erreurs dans l'interprétation du Frei.

Si l'on se met à l'abri de ces causes d'erreurs par les précautions de technique et de contrôle envisagées plus haut, la réaction de Frei négative pren-

dra ici une valeur indiscutable : elle permet d'éliminer la lymphogranulomatose rectale. C'est une étape considérable franchie dans la voie du diagnostic d'amibiase.

II. — LES ANTÉCÉDENTS

Les antécédents dysentériques et le séjour dans les pays chauds. Une telle anamnèse, pour précieuse qu'elle soit, ne demande pas moins à être interprétée. Diverses éventualités peuvent se présenter.

— Le cas le plus facile est celui d'un sujet, ancien colonial, qui a présenté pendant son séjour dans les pays chauds, une dysenterie amibienne typique, contrôlée au laboratoire par la présence dans les selles de formes végétatives d'amibes. Par la suite, il a continué à faire des poussées subaiguës dysentériques sur un fond de diarrhée chronique. Et après de longues années d'une dysenterie chronique, mais évolutive, apparaît le rétrécissement : il ne faut pas oublier que le rétrécissement peut être un accident tardif par rapport au début de la dysenterie.

— Le séjour aux pays chauds, à lui seul, alors même que l'accident dysentérique initial a été mal identifié ou méconnu, est d'un intérêt diagnostic considérable. Même après de longues phases de latence, les troubles intestinaux les plus banaux doi-

vent, chez un ancien colonial, être rattachés à son ancienne dysenterie dont il a quelquefois presque perdu le souvenir.

— Les sujets qui n'ont jamais quitté la France ne sont cependant pas indemnes à priori de dysenterie amibienne : et Ravault a montré que ces cas de *dysenterie autochtone* sont de plus en plus fréquents dans nos pays surtout depuis la guerre. A l'occasion de troubles intestinaux de différents types, souvent d'apparence banale, on retrouve par l'interrogatoire, un épisode franchement dysentérique resté méconnu parce qu'en France, le médecin n'a souvent pas l'attention attirée systématiquement sur l'amibiase.

Ravault a également insisté, au cours de ces mêmes dysenteries autochtones sur le caractère atypique de l'accident initial : diarrhée banale, diarrhée sanglante, et plus particulièrement « diarrhée des tranchées » pendant la guerre. L'épisode du début peut même manquer complètement : c'est l'amibiase intestinale chronique d'emblée qu'on peut parfois rattacher à une contagion authentique par le séjour d'une personne de la même famille aux colonies, par un épisode diarrhéique chez un mari aux tranchées, pendant la guerre, etc...

On conçoit combien est précieuse l'analyse des antécédents éloignés lorsqu'il s'agit d'éclairer la signification des troubles intestinaux actuels. En effet le rétrécissement lui-même apporte au transit intes-

tinal des anomalies importantes : constipation, selles laminées, ovillées. Mais il peut aussi être responsable d'alternatives diarrhéiques avec écoulements muqueux, ou simplement diarrhée par hypersécrétion. Or, de son côté, l'amibiase chronique, si elle a un tableau classique (selles brunâtres riches en mucus, selles pâteuses brillantes, selles en tas s'étalant en bouse de vache, tels sont les trois types décrits par Mouriquand et Deglos), peut aussi réaliser les troubles intestinaux les plus variés : diarrhée banale, fausse diarrhée des colites gauches, diarrhée cœcale, aspect d'entérite muco-membraneuse. En somme, l'amibiase peut être en cause sans que les troubles intestinaux qui en sont l'expression aient une marque particulière rappelant le syndrome dysenterie ; — l'amibiase peut ajouter des troubles assez banaux à ceux causés au transit par le rétrécissement ; — l'amibiase peut camoufler son rôle sténosant derrière les troubles fonctionnels de cette même sténose.

Comment faire le départ de l'un et de l'autre ? Comment aura-t-on l'attention attirée vers l'amibiase dans un tableau aussi confus ? Il semble que, pensant systématiquement à l'amibiase (dans les conditions où d'autres diagnostics sont éliminés) on doive orienter cette partie de l'examen de la façon suivante :

— rechercher dans les troubles actuels du transit intestinal si ceux-ci ne sont pas plus importants que ne le comporte la sténose elle-même ;

— ou ne présentent une note différente, proprement intestinale intéressant les segments proximaux du colon ;

— rechercher dans les troubles antérieurs à éliminer les signes de la sténose actuelle et à retrouver dans leur état pur les signes digestifs de cette amibiase, avant qu'elle ne soit intriquée à ceux de la sténose en voie de constitution.

En résumé, il faut retenir en faveur de l'amibiase :

— *un passé intestinal* qui paraît antérieur à la constitution du rétrécissement.

— *un état actuel intestinal* plus important que ne l'explique le syndrome sténose rectale, sans préjuger de sa nature.

III. — RAPIDITÉ DE LA CONSTITUTION DE LA STÉNOSE

Si l'on consulte les observations ci-dessus, il est difficile de se faire une opinion sur le laps de temps écoulé entre le début de la dysenterie et le début de la sténose. Dans certaines, les dates des différents examens n'ont pas été précisées. Plus souvent, il est bien difficile de le faire, car les formes camouflées ou d'emblée subaiguës du syndrome dysentérique n'ont pas de début net ; — à plus forte raison est-il difficile d'apprécier l'apparition de la sténose au début.

Enfin, la lecture superficielle des observations donne des chiffres contradictoires : l'une donne un intervalle de 1 an, une autre de 27 ans.

Cependant, si on les reprend de plus près, on constate ce qui suit :

OBSERVATION I. — (Docteur Rachet). Trois ans séparent le début de la dysenterie et l'examen révélant la sténose constituée. Mais celle-ci s'était révélée depuis de longs mois, semble-t-il, par des signes fonctionnels, — et avait été retenue au bout de peu de temps.

Donc, sténose suivant de près les premiers mois de l'infestation dysentérique.

OBSERVATION II. — Conditions identiques : *en moins de trois ans, le syndrome dysentérique fait place à des accidents occlusifs par sténose.*

OBSERVATION III. — Le rétrécissement a été constaté très rapidement aussi (sans précisions), nécessitant un anus iliaque.

OBSERVATION IV. — Aucune notion d'intervalle puisqu'il n'y a pas eu de syndrome dysentérique reconnu à l'origine.

OBSERVATION V. — Extrêmement instructive à ce point de vue puisque toute l'histoire a été suivie année par année.

Début contrôlé de la dysenterie en 1911.

Début contrôlé du rétrécissement rectal en 1938.

Donc, long intervalle libre. Mais il faut souligner que pendant ces 27 ans, le malade a été constamment un dysentérique grave avec abcès métastatiques et surtout poussées intestinales incessantes. Ainsi, en 1933, lorsque la rectoscopie montrait un calibre rectal encore normal, il existait des ulcérations sur la paroi ; et il y a tout lieu de penser qu'elles persistèrent encore quelque temps. Or, en 1938, changement complet : un rétrécissement d'aspect cicatriciel sans ulcérations est constitué. Il s'est donc écoulé très peu de temps entre le stade-ulcération et le stade-rétrécissement cicatriciel.

OBSERVATION VI. — Début de la dysenterie en 1918.

— Début de la sténose : imprécisé (la rectoscopie n'a été faite qu'en 1938).

Mais là encore, il faut noter qu'il persistait un syndrome de dysenterie chronique avec poussées subaiguës, et *présence d'ulcérations persistantes à la rectoscopie*. Il en existe encore, contemporaines du rétrécissement. Ce dernier est nettement ulcératif sur l'un de ses bords. Donc : *le rétrécissement succède à une ulcération*. Et il semble même ici qu'on

assiste au chevauchement passager des deux processus anatomo-pathologiques : les ulcérations qui engendrent le rétrécissement n'ont pas encore complètement disparu ; la sténose n'a pas encore acquis son aspect définitif.

OBSERVATION VII. — Début de la dysenterie vers 1920. — Début du rétrécissement imprécisé.

Dans l'ensemble : *le rétrécissement se constitue précocement*. Dans les cas isolés (observation V) où il est très lardif, il n'en est pas moins *l'aboutissement rapide et précoce d'ulcérations rectales d'amibiase évolutive*.

Telle est l'opinion que suggèrent les faits ; elle concorde avec l'idée qu'on peut se faire du mécanisme anatomo-pathologique : « Le rétrécissement ne peut évidemment prendre naissance en muqueuse saine ; il est la résultante d'un processus plastique puis fibro-cicatriciel et rétractile, développé à partir d'une lésion amibienne ulcéreuse et nécrotique. » (Gain) (1).

Le point intéressant ici est que cette transformation fibro-cicatricielle semble se faire assez vite.

(1) Docteur Cain, S.M.H.P. 25 Mars 1939, à propos de la communication de MM. Hillemand, Bensaude et Bru.

IV. — LE SYNDROME FONCTIONNEL DE LA STÉNOSE AMIBIENNE

— Les troubles subjectifs sont en gros ceux d'une sténose rectale quelconque. Lorsque le rétrécissement est constitué, la constipation domine la scène, pouvant donner lieu à des accidents occlusifs. Il est en général serré, et, dans plusieurs des observations citées, a nécessité un anus iliaque. Les matières sont rubannées, ovillées, les évacuations rares.

Ce syndrome de constipation succédant dans les cas typiques aux signes fonctionnels si différents de la série dysentérique, devrait attirer l'attention. Mais ce contraste est tout théorique : nous en avons vu plus haut les raisons. Le syndrome dysentérique peut persister, s'intriquer aux signes intestinaux de la sténose. Il peut aussi être camouflé sous des signes d'emprunt : signes de colite, constipation simple, etc. Tous ces faits ont été décrits : nous en avons retenu la nécessité de faire le bilan des troubles fonctionnels intestinaux tant présents qu'anciens : anciens, pour rechercher ceux qui précéderent les accidents actuels et retrouver leur physionomie primitive ; présents, pour faire la part des troubles coliques des segments sus-jacents, plus importants que ceux de la sténose isolée.

— Les écoulements par l'anus sont inconstants : nous verrons, à l'examen rectoscopique, qu'ils sont particuliers à certaines formes, alors que d'autres sont secs. Soulignons cependant tout de suite qu'il s'agit de rétrécissement évoluant, alors que la rectite persiste encore : là où il y a écoulement, il y a probablement ulcération. Mais la rectite amibienne évolue par poussées et même dans ces formes l'exsudation est intermittente et, en général, pas très abondante. Elle l'est bien moins que dans la lymphogranulomatose où l'écoulement est un signe beaucoup plus important. Il s'agit soit de pus, soit de mucosités presque toujours sanguinolentes.

V. — EXAMEN DU PÉRINÉE ET TOUCHER RECTAL

Le malade étant en position de rectoscopie, avant de faire le toucher rectal, on examine le périnée : il ne présente ni fistules, ni condylomes, aucune prolifération jusqu'au sphincter. C'est là un signe négatif important, car ces productions évoqueraient nettement l'aspect du Nicolas Favre.

De même, on n'omettra jamais d'explorer les creux inguinaux pour y vérifier les aires ganglionnaires : la constatation d'adénopathies d'un certain aspect rentre dans la même série que fistules et condylomes. En résumé : *périnée et zones paragénitales normales.*

Le toucher rectal pratiqué avec douceur (car les ulcérations sont douloureuses) mettra en évidence le rétrécissement s'il n'est pas trop haut pour être atteint par le doigt. D'ores et déjà, il apparaît relativement souple, mais serré et régulier, le plus souvent médian. La muqueuse ne présente habituellement pas de proliférations (sauf dans l'observation I: nous discuterons ce cas à propos de la rectoscopie).

Quant aux ulcérations, elles ne sont pas toujours perçues au doigt parce que trop superficielles ou peu étendues, dissimulées dans les plis de la muqueuse.

VI. — SIGNES RECTOSCOPIQUES

La rectoscopie est l'examen capital dans toute exploration rectale. Elle seule nous renseignera sur l'aspect du rétrécissement et l'état de la muqueuse.

Le rétrécissement est toujours *haut situé* : c'est ce qui ressort de toutes les observations rapportées. La plupart accusent 7 cm. — Dans tous les cas, sauf un (observation VI), il est serré, n'admettant pas le passage d'un tube courant de rectoscopie. Cependant, un tube de petit calibre peut habituellement le franchir (il en fut ainsi dans l'observation de M. Touraine) et explorer la muqueuse sus-jacente.

Là se bornent presque les signes communs à toutes ou presque toutes les observations. Et la con-

frontation des signes particuliers à chacune d'elles (telle qu'elle peut être faite dans le tableau schématique ci-contre) nous conduit à décrire deux aspects au moins, bien différents.

1) *Rétrécissements avec ulcérations rectales*

(Observations I, III, IV, et, en partie, VI)

La muqueuse y comporte des ulcérations de profondeur et d'étendue variables. Ce ne sont pas les ulcérations classiques (profondes, à bords décollés, à contours polycycliques) qui sont rarement rencontrées ; mais plutôt des ulcérations en coup d'ongle, nombreuses et superficielles. Quel que soit leur aspect d'ailleurs, ces plaies de la muqueuse ne sauraient en aucun cas avoir une valeur diagnostique telle que l'étiologie du rétrécissement puisse en être éclairée : elles font penser à l'amibiase mais ne permettent en aucun cas de l'affirmer.

Si l'on fait un prélèvement à leur niveau, c'est là qu'on aura le plus de chances de trouver des amibes, comme cela a pu être réalisé dans toutes les observations groupées sous la rubrique « rétrécissements avec ulcérations rectales » (I, III, IV, VI). On peut aussi faire une biopsie aux bords de l'ulcération et essayer, car c'est très difficile, d'identifier les amibes dans la paroi intestinale (observation III).

Dans l'intervalle, on notera la pâleur de la muqueuse (observations III et IV) que nous retrouverons plus loin.

L'écoulement muco-purulent réalise parfois au-devant des ulcérations un aspect de fausse-membrane marquant celles-ci.

Fait négatif très important : dans aucun des cas ci-dessus n'existe la rectite proliférante avec condylomes, fistules, aspect granuleux hérissé de villosités si caractéristique du Nicolas Favre.

Dernières particularités : dans nos trois observations avec ulcérations rectales, le traitement d'épreuve s'est montré indiscutablement efficace sur la rectite ; une fois sur le rétrécissement lui-même (observation I).

2) Rétrécissements d'aspect cicatriciel

(Observations II, V, VII, partiellement VI)

— Il n'y a pas de rectite érosive : pas d'ulcérations.

— Il n'y a pas d'écoulement hémorragico-purulent ou muqueux ; la muqueuse est sèche.

— Pas de rectite proliférante : ni condylômes, ni villosités anormales.

— Le rétrécissement a un aspect cicatriciel qui n'a rien de caractéristique.

— Ce rectum avec sténose fibreuse n'aurait au-

cune caractéristique si l'on ne tenait compte de certains aspects de la muqueuse, nullement caractéristiques de l'amibiase mais « souvent observés chez les amibiens chroniques ». C'est ainsi « une muqueuse pâle, décolorée par zones irrégulières, limitée par un réseau vasculaire qui dessine leurs contours ». (Rachet) (1).

Cet aspect est bien celui de plusieurs observations où le mot « pâleur de la muqueuse » revient avec insistance.

— Deux autres faits qui opposent encore ces aspects à ceux du groupe précédent : on n'a pas trouvé d'amibes par prélèvement sur ces rétrécissements cicatriciels. Le traitement est sans action.

3) *Un rétrécissement avec rectite proliférante*

Une observation échappe aux deux descriptions précédentes (Observation I, Docteur Rachet). Elle est remarquable par la rectite proliférante, dont l'absence était un trait comme à tous les autres, car les opposant à la rectite lymphogranulomateuse. Sur une rectite grave, fourmillant d'amibes, l'efficacité totale du traitement, faisant disparaître complètement la sténose, est également un fait très particu-

(1) Rachet : L'amibiase intestinale chronique, dans Bensaude. Maladies de l'Intestin.

lier et d'un intérêt considérable, puisque dans tous les autres cas où le traitement a pu agir, ce fut sur la rectite à peu près exclusivement.

Si la systématisation n'était pas téméraire lorsqu'on possède un si petit nombre de faits cliniques, on pourrait décrire, en résumant les descriptions ci-dessus :

1) *Un rétrécissement avec rectite évolutive constituée d'ulcérations avec écoulements, sans prolifération. On y trouve des amibes végétatives et des kystes. Le traitement est efficace au moins sur la rectite.*

2) *Un rétrécissement cicatriciel, sans ulcération, sans végétation. La muqueuse est sèche, pâle, les amibes impossibles à trouver, le traitement inefficace.*

VII. — LA RECHERCHE PARASITOLOGIQUE

La constatation d'amibes végétatives ou de kystes est évidemment un argument de très grande valeur pour affirmer l'existence d'une amibiase intestinale. C'est un examen difficile, aussi, ne rentrons-nous pas dans le détail des techniques : ceci, en soulignant que ces techniques sont le domaine du spécialiste, et qu'il faut avoir une grande habitude de tels examens pour se permettre d'accorder une valeur aux résultats qu'on apporte, qu'ils soient positifs, ou plus encore négatifs.

1) *Les conditions d'un bon prélèvement*

Si l'on intervient lors d'une phase aiguë ou subaiguë d'amibiase, on peut espérer trouver des amibes végétatives. Encore faut-il s'entourer de précautions indispensables :

— bien choisir son prélèvement : une évacuation muco-sanglante, dans laquelle on recherchera les particules les plus nettement dysentériques ; un prélèvement sur une ulcération si on peut opérer sous rectoscopie : ne pas user de tampons de coton qui absorbent les mucosités, mais de pipettes permettant l'aspiration (Terrial).

Mais si l'on choisit un fragment d'une selle, celle-ci doit être émise au laboratoire, pour rester chaude, être utilisée immédiatement et examinée au microscope sur platine chauffant.

Si le malade n'est pas diarrhéique, il faut le rendre tel, et ceci par des moyens artificiels. On peut employer l'injection intra-veineuse de cyanure, le lavement iodé, ou plus simplement la purgation avec 30 ou 40 gr. de sulfate de soude, ou mieux encore des doses réfractées de 5 à 10 gr. pendant trois ou quatre jours de suite. Cette dernière méthode permettrait « de mieux vider les culs-de-sac glandulaires où peuvent végéter des protozoaires difficiles à expulser » (Terrial).

2) L'amibe dysentérique pathogène est essentiellement hématophage : les hématies contenues dans le corps de l'amibe sont le test formel de son identification. Par ailleurs, son mouvement est caractéristique, en pseudopodes extrêmement mobiles. L'ectoplasme est clair, l'endoplasme granuleuse contenant les hématies. Le noyau présente une boule de chromatine périphérique et un Karyosôme central punctiforme.

A côté de cette forme de morphologie bien précisée dont le caractère pathogène est indiscutable, on peut rencontrer d'autres amibes végétatives, non hématophages, dont la virulence est discutable : les *entamoeba nana*, *minuta*, *tetragena*, sont considérés par certains comme des formes d'évolution de l'*amœba dysenterica*, alors que d'autres auteurs leur dénie toute responsabilité dans l'évolution d'une amibiase. D'autres amibes, qui n'ont aucun rapport avec le cycle évolutif de l'*entamoeba dysenterica*, ont pu être considérées comme pathogènes, bien que non hématophages. Telle est l'*entamoeba dispar*, qui se différencie de l'*entamoeba dysenterica* par le mode de réaction du jeune chat à l'inoculation rectale : colite simple en cas d'*entamoeba dispar* — colite mortelle si l'amibe dysentérique est en cause.

Bensaude, Cain et Terrial donnent les caractères suivants pour identifier l'amibe dysentérique pathogène (lorsque l'hématophagie n'a pu être constatée) :

1° L'extrême motilité : le pseudopode attire le protoplasme comme une ventouse.

2° Le noyau à chromatine périphérique et karyosôme central, sur les frottis colorés.

3) *Les Kystes*, forme de résistance du parasite, sont souvent le seul aspect qu'il soit possible de mettre en évidence au cours de ces formes chroniques d'amibiase ; leur recherche est un peu plus aisée que celle des amibes.

Et cependant, les examens négatifs sont, là encore, fréquents : il existe des *périodes négatives* au cours desquelles un sujet authentiquement parasité n'élimine pas de kystes : aussi, un examen négatif est-il sans signification. — Les selles moulées contiennent davantage de kystes que les selles diarrhéiques. Mais leur élimination peut être non seulement intermittente, mais encore parcimonieuse ; aussi, est-on obligé de recourir à différents procédés *d'enrichissement des selles*.

Ces kystes d'*amœba dysenterica* ont des caractères qui permettent de les identifier assez facilement : arrondis, ils sont caractérisés par leur enveloppe à double contours, le nombre de leurs noyaux qui ne dépasse pas 4, leur taille variant de 10 à 15. Ils s'opposent ainsi aux kystes s'*entamœba coli*, non pathogènes, dont les noyaux sont plus nombreux, dont la taille oscille entre 17 et 15 μ .

4) *Valeur des résultats obtenus*. — Si l'on suspecte fortement l'amibiase, du fait de l'histoire cli-

nique, du fait de l'élimination d'autres étiologies plus fréquentes, il ne faut pas se décourager d'examens négatifs. Nous avons vu leur difficulté, la fragilité des amibes, les périodes négatives de l'élimination des kystes. Plusieurs examens même, ne permettent pas, par leurs résultats négatifs, d'infirmier un tel diagnostic. M. Rachet cite une observation publiée avec MM. Harvier et Blum (Archives Maladies appareil digestif, Mars 1927) où une crise de dysenterie suraiguë, ulcéro nécrotique, sur un fond d'amibiase chronique, n'a pas permis un seul examen positif malgré prélèvement sur les ulcérations rectales elles-mêmes : or, à l'autopsie la sous-muqueuse était bourrée d'amibes dysentériques.

En résumé, des examens constamment négatifs ne permettent pas d'éliminer complètement le diagnostic. Le laboratoire doit alors céder le pas à une épreuve plus probante, plus indiscutable : un essai de traitement anti-amibien.

— Si, alors qu'un Frei est positif ou que telle autre étiologie est présente, une recherche systématique des parasites a été faite, doit-on, sur le vu d'amibes ou de kystes dans les selles, affirmer que le rétrécissement est bien amibien ? Evidemment non, pas plus que sur le vu d'un Wassermann positif, on ne considérerait comme syphilitique n'importe quelle lésion cutanée, nerveuse ou vasculaire qui, en règle, n'est pas syphilitique, mais est ressortissante d'une autre cause bien plus fréquente. On peut être un an-

cien amibien (et, par conséquent, avoir des kystes dans les selles) et avoir un rétrécissement rectal de Nicolas Favre. Si même cette étiologie n'est pas bien assurée, il sera de bonne règle de la fouiller davantage avant d'imputer la lésion à cette amibiase pour-tant contrôlée.

En somme, même en cas d'amibiase certaine, la sténose rectale ne lui sera imputée qu'en dernier ressort, par élimination, après le rejet d'hypothèses parfois moins étayées, mais plus fréquentes.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous avons suffisamment insisté, tout le long de cette étude, sur la rareté de l'étiologie amibienne dans les rétrécissements rectaux. C'est dire l'importance du chapitre que nous ouvrons ici, lors de l'examen de tels malades.

I. — AFFIRMER LE RÉTRÉCISSEMENT

Ne pas méconnaître la lésion elle-même est un premier point, et nous avons pu voir au cours des observations ci-dessus, des rétrécissements évoluer plusieurs mois avant que le diagnostic lésionnel lui-même ait été posé. Les signes fonctionnels peuvent attirer l'attention et faire envisager l'hypothèse d'une sténose : ainsi, l'aspect des selles rubannées, « ovillées » au cours d'une constipation opiniâtre évoquent un obstacle. Mais ce symptôme n'est pas toujours net, masqué par la constipation simple, ou alternée de débâcles de *fausse diarrhée* (fragments solides nageant dans un liquide abondant d'hyper-sécrétion) qui peut être le fait d'une entéro-colite tout à fait banale.

En fait, les troubles fonctionnels sont parfois plus évocateurs parce qu'ils sont non seulement ceux

de la sténose, mais encore ceux de la rectite (sans préjuger de son origine) : douleurs avec épreintes, tenesme, faux besoins, douleurs à type fissuraire, surtout écoulements par l'anus de pus, de mucus, de glaires sanguinolentes. Tous ces faits conduisent à pratiquer un toucher rectal et une rectoscopie, et c'est là l'essentiel. — N'y eut-il d'ailleurs qu'une constipation récente, insolite, l'indication n'en est pas moins formelle d'une exploration rectale soigneuse et complète : toucher et endoscopie.

Par ces deux explorations (la seconde étant capitale, car un rétrécissement haut situé peut échapper au doigt), la sténose sera facilement constatée. Quelles erreurs exposent à la méconnaître ?

a) *Les rétrécissements périrectaux* : compression par une tumeur de voisinage d'origine annexielle ou prostatique. De même les rétrécissements péricoliques pelviens (Quénu et Kuss), dus à une inflammation périrectale d'origine également annexielle. Dans ces deux cas, la muqueuse rectale intacte est l'élément diagnostic capital.

b) *Le cancer du rectum* n'est jamais un véritable rétrécissement rectal ; la paroi n'est pas intéressée dans toute sa circonférence ; — il existe une tumeur véritable. La muqueuse à distance est intacte. Mais certaines formes infiltrées en virole, surtout si elles sont associées à une ulcération au niveau même du diaphragme fibreux, peuvent rap-

peler un aspect que nous avons vu dans l'observation VI du rétrécissement amibien.

C'est dire qu'au moindre doute, une biopsie de la zone suspecte s'impose.

2. — ELIMINER LES AUTRES ÉTIOLOGIES DE STÉNOSE

— *La Maladie de Nicolas Favre*, ou plus exactement ici la lymphogranulomatose rectale, est la cause habituelle des rétrécissements du rectum : tout au long de ce travail, nous avons insisté sur son importance. Nous avons aussi, au cours même de l'étude clinique des rétrécissements amibiens, montré que le premier signe majeur en faveur de l'amibiase était : une *réaction de Frei* négative ; ce qui revient à dire : éliminer la lymphogranulomatose est la condition essentielle, le signe nécessaire d'un diagnostic d'amibiase sténosante. Nous avons longuement, à ce propos, détaillé les conditions de technique si importantes de cette épreuve, et également discuté son interprétation, nous n'y reviendrons donc pas.

La Maladie de Nicolas Favre rectale évolue schématiquement en trois phases qu'on retrouvera par l'interrogatoire : 1° Une phase de rectite aiguë qui traduit l'accident vénérien initial. Bien que l'inoculation par voie génitale soit encore admise, suivie d'une stase lymphatique aboutissant à la sténose, il semble bien actuellement que, dans la grande ma-

majorité des cas, le contact initial rectal soit la pathogénie la plus fréquente. 2° Une phase de rectite chronique où le rétrécissement « est en germe » (Fournier). Il existe des douleurs, des troubles de la défécation. Il y a des envies très fréquentes d'aller à la selle, 10, 15 fois par jour, ce qui ne doit pas être pris pour un syndrome dysentérique. Les écoulements par l'anus, en dehors des selles, sont beaucoup plus fréquents, beaucoup plus importants qu'ils ne le sont dans l'amibiase. L'examen à cette période ne montrerait que la rectite lymphogranulomateuse.

Lorsque la sténose est constituée, les signes fonctionnels ne se sont que peu modifiés. Mais la constipation domine maintenant la scène : son intensité, sa persistance, sont le fait même de l'obstacle rectal. L'examen montre alors :

— Sur le périnée, autour de la région anale, une peau épaissie, plus ou moins érythémateuse. Parfois existent de l'œdème, un éléphantiasis de toute la région, et, à distance, une adénopathie inguinale simple ou suppurée. Mais surtout les condylomes, les fistules sont déjà une note très particulière à la lymphogranulomatose : végétations fermes, élastiques — fistules d'où sort un pus fétide. L'anus est souvent béant, infundibuliforme, le toucher rectal, parfois rendu difficile par un spasme sphinctérien, perçoit une muqueuse sèche, épaissie, sèche, finement grenue. Les mêmes proliférations

sont souvent palpables, saillies végétantes, parfois pédiculées. Enfin, à bout de doigt : le rétrécissement : il est en entonnoir, cartonné, résistant. La rectoscopie montre au-dessous, une muqueuse granuleuse, enflammée, ulcérée. La sténose, elle-même, centrale, a des parois qui se rétrécissent en entonnoir. Mais il faut souligner surtout l'aspect de la muqueuse si spécial, tel que nous ne l'avons rencontré dans aucune des observations ci-dessus (sauf l'observation I). Elle est blanchâtre, fomenteuse, comme « leucoplasique » (Bensaude) ; épaissie, elle est parsemée de saillies, grenue, hérissée de mamelons, de bandes saillantes d'aspect porcelainé. Un petit rectoscope peut habituellement franchir le rétrécissement et reconnaître les lésions sus-stricturales.

On recherchera les antécédents ; les habitudes sodomiques parfois reconnues autant par le contexte social que par des aveux difficiles à obtenir dans les deux sexes.

Le rétrécissement syphilitique peut se présenter sous deux aspects : 1° Une lésion syphilitique, chancre induré ou lésion secondaire, est le point de départ d'une sténose cicatricielle. 2° Le syphilôme ano-rectal de Fournier, lésion rare dont la description a donné lieu, depuis qu'on connaît la lymphogranulomatose, à de nombreuses discussions. Elle consiste « originairement en une hyperplasie interstitielle des tuniques rectales » (Fournier). Il existe

une infiltration circulaire avec épaissement rigide des parois rectales sur 4 à 6 cm. : donc rétrécissement très étendu en hauteur. Il débute bas à portée du doigt, quelquefois même sphinctérien. Le rectum est rigide, inextensible. Il n'y a sur la muqueuse rectale aucune cicatrice, aucune ulcération. Bien que cette description soit un peu différente de la lymphogranulomatose, beaucoup d'auteurs font rentrer actuellement ce syphilome dans les syndromes génito-ano-rectaux de Gersild ; d'autres, parmi lesquels le Professeur Gougerot, gardent au syphilome son individualité.

Les signes de syphilis (bien que non évidents dans cette syphilis que Fournier appelle quaternaire), seront recherchés : signes nerveux, viscéraux et surtout B.W.

Dans l'ensemble, cette description s'éloigne sensiblement des aspects de nos observations. Tout au plus pourrait-on évoquer une pathogénie mixte chez un syphilitique avéré, ancien, réagissant au traitement spécifique.

Le rétrécissement tuberculeux est exceptionnel : une lésion ano-rectale bacillaire sert d'annonce à une rectite, souvent mixte chez un sujet jeune à antécédents bacillaires. On peut y voir un syndrome dysentérique. Le rétrécissement est étendu en hauteur. Il existe des ulcérations, et surtout des fistules à caractère tuberculeux.

La blennorrhagie joue un rôle très discutable

dans l'étiologie d'un rétrécissement rectal, car chez un sodomique, l'inoculation peut être mixte. En tout cas, la rectite gonococcique est un fait indéniable : on a trouvé du gonocoque dans le pus de certains malades rétrécis. Mais ceci n'affirme pas l'origine blennorragique de la sténose elle-même. Il est cependant de bonne règle de pratiquer une gono-réaction systématiquement lorsqu'on pense à un rétrécissement d'origine vénérienne.

La chancrelle pose les mêmes problèmes. C'est dire qu'il y a un intérêt certain à pratiquer une intra-dermo-réaction au Dmelcos, sans négliger une réaction-témoin au sérum.

Il faut citer, pour être complet :

- le rétrécissement à Nocardia,
- le rétrécissement à Bilharzia,
- le rétrécissement lépreux,
- le rétrécissement congénital,

toutes variétés dont le diagnostic se pose dans des conditions très particulières.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

On n'a pas étudié de pièces anatomiques de la sténose amibiennne depuis qu'on ne risque plus de la confondre avec une maladie de Nicolas Favre. Aussi, on ne saurait en décrire les lésions de façon précise. Cependant, elle semble bien avoir tout l'aspect des rétrécissements inflammatoires avec inflammation de la sous-muqueuse, infiltration fibreuse hypertrophique des tuniques musculaires du rectum. Mais il est un fait notable que nous avons déjà essayé de souligner, c'est que le rétrécissement n'est pas un accident tardif, évoluant après de nombreuses années de latence de la dysenterie : il succède au contraire (à une époque d'ailleurs très variable, par rapport au début de l'infestation), de très près à une poussée au moins subaiguë du syndrome dysentérique ; et cette poussée s'est accompagnée d'*ulcérations rectales*. Le rétrécissement est l'aboutissant d'une ulcération rectale. C'est à partir de là que prend naissance le processus plastique, puis fibro-cicatriciel.

Cette notion conduit à poser un autre problème : si la sténose est l'aboutissant des ulcérations amibiennes, pourquoi est-elle aussi rare ? On répondra que les *ulcérations amibiennes permanentes* spéciales sont rares sur la muqueuse rectale, et les spé-

cialistes sont frappés par l'intégrité relative du rectum (ou du moins l'absence d'ulcérations) dans les phases de rémission de l'amibiase. Les kystes amibiens s'abritent dans des segments coliques plus haut, hors de portée du rectoscope. — Cependant, les dysenteries graves des pays chauds qui, pourtant, présentent des ulcérations rectales profondes et très durables (parce que la crise est elle-même prolongée) ne se compliquent presque jamais de sténose. C'est pourquoi M. Cain (1) pense que l'amibiase ne réunit peut-être pas à elle seule les conditions de la sténose, et il se demande si une infection secondaire surajoutée n'en apporte pas l'explication.

Cette infection secondaire peut évidemment être due à des germes banaux. Mais il ne semble pas illogique de faire intervenir de nouveau ici les différentes infections vénériennes que nous avons déjà discutées. Si, dans certains cas, elles étaient soupçonnées malgré la certitude d'une amibiase, on pourrait penser que celle-ci ne joue pas un rôle capital, ou que du moins, on doit admettre une *origine mixte* à la sténose.

Les discussions ont une importance thérapeutique. Et c'est bien l'amibiase qui, de toutes les étiologies possibles dans une rectite sténosante, se comporte de la façon la plus brillante devant l'épreuve du traitement.

(1) S.M.H.P., 3 Avril 1939.

TRAITEMENT

I. — LE TRAITEMENT ANTI-AMIBIEN

L'émétine en est le médicament héroïque. Et lorsqu'on parle de traitement d'épreuve, ce serait une grande erreur d'y joindre les arsénicaux. « *Il n'est pour nous qu'un traitement pierre de touche : l'émétine seule, par son pouvoir électif sur l'amibe, permettra, en cas d'activité, de conclure à l'amibiase intestinale. Les autres médicaments, en effet, ne se bornent pas à leur pouvoir destructeur d'amibes : l'arsenic, en particulier, agit dans de multiples cas de colites relevant d'infections parasitaires ou microbiennes. Les diarrhées les plus banales sont améliorées par le stovarsol. C'est donc seulement en utilisant l'émétine qu'il nous paraît logique de faire la preuve de l'amibiase par le traitement.* » (Rachet).

Différents modes d'administration de l'émétine sont utilisés, la dose, le rythme de la cure variant avec les auteurs. Pour tous, la meilleure voie est l'hypodermique. Mais c'est un médicament qui s'accumule dans l'organisme et l'on ne doit pas dépasser la dose totale de *un gramme en un mois* (Chauffard). La dose quotidienne sera elle-même injectée en deux fois, si elle atteint 0 gr.08. Le produit employé de-

vra toujours être frais, bien préparé. Les symptômes de dépression cardiaque, accélération du pouls, vomissements, vertiges, dérobement des jambes, sont des signes d'alarme qui exigent de suspendre la médication. Ces réserves faites, on peut injecter pendant dix jours consécutifs huit centigrammes par jour d'émétine (Carnot). C'est la méthode la plus simple. Reprendre après trois semaines à un mois.

— Si l'on cherche une action thérapeutique sans qu'elle ait une valeur diagnostique, on pratiquera d'emblée la cure mixte émétino-arsénicale. Ravaut fait tous les quatre jours une injection intraveineuse de Novar à 0 gr. 30, jusqu'à 10 injections (3 gr. de Novar). Après les trois premiers Novar, une injection d'émétine les jours intercalaires : 4, 6, puis 8 centigrammes. Après les 7^e, 8^e et 9^e novar, on reprend encore une injection d'émétine à 4, puis 6, puis 8 centigrammes, les jours intercalaires, soit en tout 1 gr. 08 d'émétine.

— Le stovarsol est préféré au novar par M. Rachet : « introduit par voie digestive et directement porté au niveau des lésions intestinales », ce médicament semble très actif. Donner deux comprimés à 0 gr. 25 par jour pendant 10 jours, ou un comprimé par jour pendant 20 jours. Le stovarsol peut être associé au traitement par l'émétine : un comprimé ou deux tous les deux jours. Mais il faut savoir que les arsenicaux pentavalents ne mettent pas à l'abri des accidents d'intolérance.

— L'Yatrène (acide iodoxyquinoléiné sulfurique) est un médicament d'appoint nullement négligeable. Il peut être administré à la dose de 2 gr. 25 par jour (Bensaude) ; trois fois trois cachets à 0,25. Il est surtout intéressant ici par la possibilité d'administration rectale, précieux dans toutes les rectites amibiennes ; lavements à garder de 2 gr. d'yatrène pour 200 cc. d'eau. Quelques accidents d'intolérance, des réactions coliques font conseiller le repos au lit pendant le traitement.

Nous avons discuté déjà l'efficacité du traitement dans la sténose amibienne : incontestable sur la rectite, elle est peu encourageante si on envisage le rétrécissement purement cicatriciel, à un stade tardif. Mais l'observation de M. Rachet nous montre qu'un rétrécissement très inflammatoire, accompagné d'une rectite intense, traité précocement, a pu disparaître complètement après la thérapeutique anti-amibienne.

Ces cas sont évidemment exceptionnels, et l'on doit envisager la thérapeutique de la sténose elle-même, indépendamment de son étiologie.

II. — TRAITEMENT DE LA STÉNOSE

Lorsque la sténose est ancienne, véritablement cicatricielle, il serait illusoire d'attendre beaucoup du traitement amibien, sans toutefois commettre la lourde erreur de le négliger. Mais on doit chercher

à agir sur le diaphragme fibreux du rectum. Nous avons vu que dans plusieurs observations, on avait été obligé, par des accidents occlusifs, d'aboutir à une dérivation iliaque des matières.

D'autres malades ont été traités par la dilatation (avec ou sans anus iliaque). Celle-ci doit être très prudente, progressive, sous le contrôle de l'examen rectoscopique. Mais elle n'a pas d'action sur la rectite, et nous avons vu l'un des malades n'obtenir qu'un résultat de la dilatation diathermique qu'après l'adjonction du traitement anti-amibien qui reste, en dernier ressort, l'espoir ultime de tels malades.

CONCLUSIONS

1° Le rétrécissement amibien du rectum est très rare.

2° La lymphogranulomatose est la cause de l'immense majorité des rétrécissements rectaux. Les observations de sténoses attribuées à l'amibiase avant la pratique du Frei ont perdu presque toute leur valeur. Depuis le Frei, elles paraissent encore plus rares.

3° L'apparition du rétrécissement est proche ou éloignée du début de l'amibiase. Mais il succède toujours à une période évolutive et ulcéreuse de la dysenterie.

4° Anatomiquement, le rétrécissement est l'aboutissant d'une ulcération dysentérique. La cicatrisation habituellement rapide, l'intégrité du rectum en dehors des poussées, expliquent la rareté de ce processus sténosant.

5° Deux aspects cliniques semblent s'opposer :

— un rétrécissement avec rectite évolutive, ulcérations, écoulements, sans prolifération. On peut

y trouver des amibes et des kystes. Le traitement est efficace au moins sur la rectite, sinon sur la sténose,

— un rétrécissement cicatriciel sans ulcérations. La muqueuse est sèche, pâle, les amibes impossibles à trouver, le traitement bien moins efficace.

6° Le diagnostic est fait par la recherche des amibes patiente et répétée, et surtout par le traitement d'épreuve, rapidement concluant.

7° Le traitement antiamibien est d'autant plus efficace qu'appliqué tôt sur un rétrécissement évolutif avec rectite ulcéreuse. Il a moins d'intérêt en cas de sténose sèche cicatricielle.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu : Le Président,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Barbillan. — La Presse Médicale, 4 Mars 1925, N° 18, p. 286.

Bensaude (R.). — Les rétrécissements inflammatoires du rectum. Monde Médical, 1^{er} Juin 1923.

— Nouveau traité de Médecine, Roger, Widal, Teissier, tome XIV.

— Traité de Pathologie Médicale et Thérapeutique appliquée. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, tome XI.

Bensaude (R.) et Lamblines. — Rétrécissements inflammatoires du rectum : les localisations anorectales de la maladie de Nicolas Favre, in Bensaude : Maladies de l'Intestin, tome IV, p. 308.

Deroche. — Contribution à l'étude des rétrécissements inflammatoires du rectum. Thèse, Paris 1925, N° 94.

Guisoni. — Contribution à l'étude des rétrécissements du rectum d'origine amibienne. Thèse, Paris 1927, N° 209.

Hillemand, A. Bensaude et Bru. — Deux cas de rétrécissement du rectum au cours de dysenteries amibiennes graves. Le rétrécissement amibien du rectum. S.M.H.P., 24 Mars 1939, p. 537.

Gersild. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilôme ano-rectal. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 6^e série, tome I, 1920.

Nicolas, Lebœuf et Charpy. — Deux cas de rétrécissement du rectum avec réaction de Frei négative. Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 16 Février 1932, p. 470.

Perret. — Thèse, Paris 1885.

Picard. — Zentralblatt f. Chir. 31, 1^{er} Août 1925.
Analyse in Journal de Chirurgie, N° 4, Octobre 1925.

Rachet (Z.). — A propos de quelques formes nouvelles d'amibiase intestinale. Paris Médical, 6 Avril 1929, p. 341.

— Diagnostic et traitement de l'amibiase intestinale chronique, in Bensaude, Maladies de l'Intestin.

Radice. — Sur le traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum. Journal de Chirurgie, tome XXVII, N° 3, Mars 1926.

Savignac. — Arch. des Maladies de l'App. Digestif, tome XV, Mars 1925, p. 269.

Terrial. — La recherche et l'identification des protozoaires intestinaux, in Bensaude : Maladies de l'Intestin.

Touraine et Duperrat. — Société de Dermatologie et Syphiligraphie, 8 Juin 1939.

Travassos. — Deux cas de rétrécissement du rectum à étiologie amibienne. Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1927, pp. 1025-1033.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
<i>Historique</i>	10
Le rétrécissement amibien avant Gersild	12
Le rétrécissement amibien depuis Gersild et Frei	13
<i>Observations cliniques et commentaires</i>	15
<i>Sémiologie du rétrécissement amibien du rectum</i>	45
La réaction de Frei négative	46
Les antécédents	48
Rapidité de constitution de la sténose	51
Le syndrome fonctionnel de la sténose amibienne	55
Examen du périnée et toucher rectal	56
Signes rectoscopiques	57
La recherche parasitologique	61
<i>Diagnostic différentiel</i>	67
<i>Anatomie pathologique et pathogénie</i>	74
<i>Traitement</i>	76
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

